



Número: **0814575-19.2019.8.20.5001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **20ª Vara Cível da Comarca de Natal**

Última distribuição : **05/06/2019**

Valor da causa: **R\$ 1.000,00**

Assuntos: **Seguro obrigatório - DPVAT**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado
THIAGO DANTAS MONTEIRO (AUTOR)		CLAUDIMIR JOSE FERREIRA VELHO (ADVOGADO)
SEGURADORA-DPVAT (RÉU)		
PORTO SEGURO S/A (RÉU)		ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR (ADVOGADO)
Documentos		
Id.	Data da Assinatura	Documento
53084 897	05/02/2020 14:32	Petição
53084 901	05/02/2020 14:32	2617221_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_01
53084 905	05/02/2020 14:32	2617221_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_JUR_Anexo_02

Juntada de impugnação ao laudo pericial.



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:02
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514320049100000051187261>
Número do documento: 20020514320049100000051187261

Num. 53084897 - Pág. 1



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 20^a VARA CÍVEL DA COMARCA DE NATAL/RN

Processo: 08145751920198205001

PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **THIAGO DANTAS MONTEIRO**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

A parte autora alega ter adquirido lesões decorrentes do acidente aludido no 5º dedo do pé esquerdo, todavia, em sede administrativa não foi apurada a presença de qualquer sequela, conforme demonstrado abaixo:

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:02
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514320259100000051187265>
Número do documento: 20020514320259100000051187265

Num. 53084901 - Pág. 1

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190205818 Cidade: Natal Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO Data do acidente: 09/12/2018 Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E FERIMENTO EM 4º INTERDIGITAL DO PÉ ESQUERDO.
ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIAM PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

Após o deferimento de exame pericial médico, o ilustre expert apurou a presença de lesão no 5º dedo do pé esquerdo em grau médio (50%).

Assim a ré impugna o ilustre laudo quanto à presença de sequelas no 5º dedo do pé esquerdo, tendo em vista que, anteriormente, em sede administrativa, foi apurada a ausência de sequelas no segmento.

Ora, Exa., não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agregar lesão à parte autora, haja vista que, conforme avaliado administrativamente, a parte autora não possuía sequelas permanentes.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:02
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514320259100000051187265>
Número do documento: 20020514320259100000051187265

Num. 53084901 - Pág. 2

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de invalidez permanente, sendo os pedidos autorais improcedentes.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

NATAL, 3 de fevereiro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RN 980-A

ANTONIO MARTINS TEIXEIRA JUNIOR
5432 - OAB/RN

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:02
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514320259100000051187265>
Número do documento: 20020514320259100000051187265

Num. 53084901 - Pág. 3



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

POLÍCIA FEDERATIVA DO BRASIL - SECRETARIA DA SEGURANÇA SOCIAL
Ribeirão das Neves, 116 - Bairro: Ribeirão das Neves - CEP 29600-250
CNPJ 58.324.138/0001-81 | Ins. Est. 26055198-0 | www.pf.gov.br

DADOS DO CLIENTE:

GILDENE GOMES DA COSTA

CPF: 034 438 814-06 NIS: 19009739013

CLASSIFICAÇÃO:

B1 RESIDENCIAL
Sócia Remida Com Nis

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMISSÃO
218385546	UNICA	10/12/2018
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO

DIRETÓRIO DA UNIDADE CONSIDERADA:

RILA GERMINO BENIGNO 322 LOT VALE DOURADO

NOSSA SENHORA DA APRESENTACAO AREA:
NATAL, RN
59115-585

COTA CONTRATO: MÉDIANO

0851872027 DATA DE VENCIMENTO: 12/2018

DATA PREVISTA P/ PRIMEIRA LEITURA: 09/01/2019

17/12/2018 TOTAL A PAGAR: 69,28

DESCRICAÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000,0000	0,30541078	8,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.000,0000	0,36212277	24,84
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	44.000,0000	0,52819518	23,24
Acréscimo Bateria AMARELA			0,77
Contro. Ium. Póloca Municipal			6,46
ICMS-Parcela Subvençional			6,15
Multa por atraso-NF 014872798 - 09/11/18			1,30
Juros por atraso-NF 014872798 - 09/11/18			0,36
Ajuste na IOPM-NF 014872798 - 09/11/18			0,20

TOTAL DA FATURA:

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2116798078	CAT	06-11-2018	80,00	10-12-2018	89,28	31	1.00000		69,28

HISTÓRICO DE LEITURAS:

Mês/Ano	DATA	METRAGEM	%	VALOR DO IMPÔTO	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
DEZ 18	144				Carregão de Energia: R\$ 21,72 - 30,95%
NOV 18	147	ICMS	18,00	0,66	Transmissão: R\$ 11,88 - 1,62%
NOV 18	147	IHS	54,81	0,31	Direta Residencial (cosern): R\$ 14,25 - 24,02%
OUT 18	121	COPRA			Perda de Trans. gás: R\$ 3,17 - 5,88%
SET 18	146		54,81	1,51	Encargos Sist. e Infraestr.: R\$ 3,14 - 5,82%
AGO 18	138				Impostos: R\$ 11,88 - 21,22%
NOV 18	133				Total: R\$ 54,81 - 99,99%
DEZ 18	72				
JAN 19	31				

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh

0,18181460
0,31700000
0,41832000

08/03/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMZO 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO ANTONIO DE FREITAS
CPF: 057.363.744-04
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TROVADOR GUMERCINDO SARAIVA 701 VILA GE DAS DUNAS
PAJUCARA/ÁREA URBANA 59122-740 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO 30/01/2019	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL 23/01/2019	CONTA CONTRATO 000163931010
TOTAL A PAGAR (R\$) 135,88	Nº DO CLIENTE 3000028608	Nº DA INSTALAÇÃO 0000895577
CLASSIFICAÇÃO B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL Monofásico	Série: U	
RESERVADO AO FISCO FC31.5F04.EBEF.7327.0964.15CA.BF54.A9C8		

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	194,00	0,60585837	117,53					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,89					
Multa por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			2,59					
Juros por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			1,77					
TOTAL DA FATURA			135,88					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
117,53	18,00	21,15	117,53	0,47	0,55	117,53	2,17	2,55

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reab.	Valor
02/01/19	23/01/19	135,88

Este comunicado NÃO substitui resolução de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, pedindo também salvo de colarina conforme os critérios definidos no Art. 29 REN 414/Anatel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros da restrições de crédito EFC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Censo/Alvo(kWh) 0,48081000	JAN 18 134 FEZ 18 187 NOV 18 201 OUT 18 174 SET 18 156 AGO 18 160 JUL 18 128 JUN 18 231 MAI 18 97 ABR 18 177 MAR 18 146 FEV 18 166 JAN 18 153
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
GERAÇÃO DE ENERGIA 41,96 35,72	
TRANSMISSÃO 8,19 5,23	
DISSIPACAO (CUSTO) 29,12 34,73	
ENCARGOS SATURAT. 8,20 8,98	
TRIBUTOS 24,33 28,83	
Pérdidas de Energia 7,33 6,96	
TOTAL 117,53 130	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE STA NOTA FISCAL							
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
0000000213006719	CAT	22/12/2018 9:05:01.00	23/01/2019 11:26:00	32	1,00000	0,00	134,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/02/2019

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	POTENCI	0,00	5,97	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMIC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,86	5,00	9,99
DICRI-Duração da Interrupção em dia crítico					Límite DICRI: 12,72
EUSD-Valor do Encargo de Usu = R\$ 49,01					

Todo Consumidor pode solicitar a aprovação das indicações DIC, FIC, DMIC e DICRI e operar seu tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Comercialize: inoxaria sinoco da cunha lima, pajucara i francisco lopes
Trindade ma: av inoxaria linceo da cunha lima 2925, pajucara/área completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data de leitura da bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na constância de individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso para multa 2% (Res414/ANEEL). Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO

000163931010

NIVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)		
	MÍNIMO	MÁXIMO	
220	202	231	

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



08/03/2019

2a Via de Fatura

NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DO RIO GRANDE DO NORTE
RUA MERMZO 150, BALDO,
NATAL, RIO GRANDE DO NORTE
CEP 59025-250
CNPJ 08.324.196/0001-81
INSCRIÇÃO ESTADUAL 20055199-0



www.cosern.com.br

Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 26/04/02

Ligações Gratuitas:

-TELEATENDIMENTO COSERN: 116

-Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142

-Ouvíndia 0800 084 0404

Agência Reguladora de Serviços Públicos do Rio Grande do Norte

ARSEP: 0800 727 0167 -Ligação Gratuita de telefones fixos

Agência Nacional de Energia Elétrica -ANEEL 167

Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE
ANTONIO ANTONIO DE FREITAS
CPF: 057.363.744-04
ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA TROVADOR GUMERCINDO SARAIVA 701 VILA GE DAS DUNAS
PAJUCARA/ÁREA URBANA 59122-740 NATAL RN

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.cosern.com.br

DATA DE VENCIMENTO	DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL	CONTA CONTRATO
30/01/2019	23/01/2019	000163931010
TOTAL A PAGAR (R\$)	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
135,88	3000028608	0000895577
CLASSIFICAÇÃO	B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL	
	Monofásico	
RESERVADO AO FISCO	FC31.5F04.EBEF.7327.0964.15CA.BF54.A9C8	

DESCRÍPCAO DA NOTA FISCAL

DESCRÍPCAO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)					
Consumo Ativo(kWh)	194,00	0,60585837	117,53					
Contrib. Ilum. Pública Municipal			13,89					
Multa por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			2,59					
Juros por atraso-NF 015721255 - 24/11/18			1,77					
TOTAL DA FATURA			135,88					
INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS								
ICMS	PIS	COFINS						
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPÔSTO
117,53	18,00	21,15	117,53	0,47	0,55	117,53	2,17	2,55

EM ATÉ 15 DIAS, DÉBITOS EXISTENTES CAUSARÃO CORTE.

Vencido	Dt Reab.	Valor
02/01/19	23/01/19	135,88

Este comunicado NÃO substitui resolução de débitos anteriores e NÃO contempla débitos em discussão judicial. Caso a suspensão do fornecimento persista por dois ciclos de faturamento, poderá ocorrer o encerramento do contrato, pedindo também salvo de colarina conforme os critérios definidos no Art. 29 REN 414/Anatel. Podem ocorrer ações de cobrança, bem como inclusão nos registros da restrições de crédito EFC e SERASA.

Tarifas Aplicadas	HISTÓRICO DO CONSUMO
Consumo Ativo(kWh) 0,60585837	JAN 19 134 FEZ 19 187 NOV 18 201 OUT 18 174 SET 18 156 AGO 18 160 JUL 19 128 JUN 18 231 MAI 18 97 ABR 18 177 MAR 19 146 FEV 18 166 JAN 18 153
COMPOSIÇÃO DO CONSUMO	
GERAÇÃO DE ENERGIA 41,96 30,72	
TRANSMISSÃO 6,19 5,23	
DISSIPACAO (CUSTO) 29,12 34,73	
ENCARGOS SATURAT. 8,20 8,98	
TRIBUTOS 24,33 28,83	
Pérdidas de Energia 7,33 6,96	
TOTAL: 117,53 130	

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DE STA NOTA FISCAL						
NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ATUAL DATA	Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE
0000000213006719	CAT	22/12/2018 9.051,00	23/01/2019 9.246,00	32	1,00000	0,00
DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 21/02/2019						

DURADA E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÍPCAO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
DIC-No de horas sem Energia	POTENCI	0,00	5,97	10,15	20,30
FIC-No de vezes sem Energia		0,00	3,30	6,60	13,20
DMC-Duração máxima de Interrupção contínua		0,00	2,86	5,00	9,99
DICI-Duração de Interrupção em dia crítico					Límite DICI: 12,72
EUSD-Valor do Encargo de Usu = R\$ 49,01					

Todo Consumidor pode solicitar a aprovação das indicações DIC, FIC, DMC e DICI e operar seu tempo.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! Comercialize: inema tineco da cunha lima, pajucara i francisco lopes
Trindade ma: av inema tineco da cunha lima 2925, pajucara/área completa em www.cosern.com.br.
O pagamento desta Nota Fiscal/Fatura deve ser feito somente em espécie.
Na data de leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br.
O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento.
Pagto. em atraso para multa 2% (Res414/ANEEL). Juros 1% a.m (Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês.
O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.
Em caso de suspensão de fornecimento, o encerramento do contrato poderá ocorrer após 2 ciclos de faturamento,
podendo também ser cobrado o custo de disponibilidade no ciclo em que ocorrer a suspensão.

NIVEIS DE TENSÃO			
TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITES DE VARIAÇÃO(V)		
	MINIMO	MÁXIMO	
220	202	231	
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			

DESTEQUE AQUI

CONTA CONTRATO

000163931010





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIENE DE FRUTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644, 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THIAGO DANTAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08, do sinistro de DPVAT cobertura TN140.DEZ da Vítima THIAGO DANTAS MONTEIRO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

CNIS, comprovante de residência

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>DUA trovADOR GUERCIANO SARÁIA</u>		<u>701</u>	<u>CASA</u>
<u>Prado</u>	<u>NATAL</u>	<u>RN</u>	<u>59.122.240</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99820.4547</u>

NATAL RN, 15 de MARÇO de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

ILDR1.001 V001/2017





DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu ANTONIENE DE FRUTAS inscrito (a) no CPF sob o Nº 008.347.644, 07 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário THIAGO DANTAS MONTEIRO inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08, do sinistro de DPVAT cobertura TN140.DEZ da Vítima THIAGO DANTAS MONTEIRO, inscrito (a) no CPF sob o Nº 071.769.934, 08, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

CNIS, comprovante de residência

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número	Complemento
<u>DUA trovADOR GUERCIANO SARÁIA</u>		<u>701</u>	<u>CASA</u>
<u>Prado</u>	<u>NATAL</u>	<u>RN</u>	<u>59.122.240</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(81) 99820.4547</u>

NATAL RN, 15 de MARÇO de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

ILDR1.001 V001/2017



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romualdo Borges Costa,

RG nº 2243768, data de expedição 07/07/2010
Órgão ITEP, portador do CPF nº 069 619 924-63, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Peira Branca - Bairro Nossa Senhora da Apresentação, nº 149,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fábio Dantas Monteiro, cujo o condutor era
Fábio Dantas Monteiro.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CBX 250 TWISTER

Ano: 2008

Placa: MYW 4343

Chassi: 9CZ MC35008R061863

Data do Acidente: 09.12.2018

Local e Data: Natal RN



X Romualdo Borges Costa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ
Av. São Vicente de Paula, nº 40 - Igapó - Natal/RN - CEP: 59030-000
(84) 3224-6600

RECONHEÇO por SEMELHANÇA, a(s) firma(s) de: ROMUALDO
BORGES COSTA (194163) - VERSAMENTE COM SEU AUTENTÓGRAFO
NATAL/RN, 21 DE DEZEMBRO DE 2018 - 11:04.

Op.: 11
EMO: R\$2,83
ISSQN: R\$0,14

Alberto Magnus H. de Moura - Escrivão Autorizado



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Romualdo Borges Costa,

RG nº 2243768, data de expedição 07/07/2010
Órgão ITEP, portador do CPF nº 069 619 924-63, com
domicílio na cidade de NATAL, no Estado de
Rio Grande do Norte, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. Peira Branca - Bairro Nossa Senhora da Apresentação, nº 149,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
menionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Fábio Dantas Monteiro, cujo o condutor era
Fábio Dantas Monteiro.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CBX 250 TWISTER

Ano: 2008

Placa: MYW 4343

Chassi: 9CZ MC35008R061863

Data do Acidente: 09.12.2018

Local e Data: Natal RN



X Romualdo Borges Costa

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE IGAPÓ
Av. São Vicente de Paula, nº 40 - Igapó - Natal/RN - CEP: 59030-000
(84) 3224-6600

RECONHEÇO por SEMELHANÇA, a(s) firma(s) de: ROMUALDO
BORGES COSTA (194163) - VERSAMENTE COM SEU AUTENTÓGRAFO
NATAL/RN, 21 DE DEZEMBRO DE 2018 - 11:04.

Op.: 11
EMO: R\$2,83
ISSQN: R\$0,14

Alberto Magnus H. de Moura - Escrivão Autorizado





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DE NATAL**



Rua Coronel Joaquim Manuel, 654, Petrópolis, CEP 59.012-330 - NATAL/RN - Tel: 3215-9857

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA ORTOPÉDICA

CARTÃO SUS:

S1 SUS

Nº

03

IDENTIFICAÇÃO	Nome: Thiago Dantas Monteiro					
	Raça Cor:	Sexo: () MASC () FEM	D. NASC: 22/05/88	Idade: 30	Estado Civil:	-
Endereço:	R. Genízio Benigno 322					CEP: *
Bairro: NSA	Cidade: Natal - RN	Fone: ?				
Nome da Mãe:	Rita Maria de Sáiva					Profissão/Escolaridade: *
RG:	CPF: 072.769.934-08					Data: 09/12/18 Hora: 11:47

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

DOENÇAS DE BASE		() HIPERTENSÃO; () DIABETES; () INSUF. RENAL; () EPILEPSIA; () ALZHEIMER					
		OUTRAS:					
MEDICAMENTOS EM USO:							
ALÉRGIA MEDICAMENTOSA:		() AAS; () DIPIRONA; () DICLOFENACO/AINE; OUTROS:					
ESTADO GERAL							
Aparentemente BEM	()	Consciente/Orientado	()	Inconsciente	()	Agitação	()
REGULAR	()	Aparentemente alcoolizado	()	Hemorragias	()	Traumatismo Craniano	()
GRAVE	()	Respira c/dificuldade	()	Convulsão	()	Desmaio ou Vomito(s)	()
Politraumatizado	()	Atropelamento	()	Colisão	()	Queda	()
SINAIS VITais / EXAME CLÍNICO							
PA	FC	FR	TEMP	SPO2	HGT	PESO	DOR
							LEVE MODERADA INTENSA
QUEIXA PRINCIPAL							
OBSERVAÇÕES:							
INFERMEIRO(A) / CORES							

HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL / EXAME CLÍNICO

Anaesthesia de natais h. m.

EXAME FÍSICO: Regresso normal com dor joelho (E), dor

J. Antônio Costa Lima
Ortopedista e Traumatologista
CRM/RN 091 - TECOT 15311

EXAMES COMPLEMENTARES

Rx Cerv F APP
Rx Perna (E) APP
Rx Pe (E) e (D) APIPO

DIAGNÓSTICO

Rx Joelho (D) APP
Rx Pe (D) APP

CID 10

MÉDICO / CRM



**8 CLÍNICA
OITAVA ROSADO**

Relato Médico

Nome: Thiago Dutra Monteiro

Idade: 33 anos

Acidente notoacústico no dia 09/12/18
com trauma em pé esquerdo, que resultou
em fálico exposto de SPODE. Foi redirecionado
imediatamente para o hospital.

Atualmente refere dor no local e
fomente em tornozelo posterior.

193

Atto Vida P

Data: 14/03/19

MOSSORÓ:	SERRA DO MEL:	ASSU:	PARNAMIRIM	NATAL:
Rua Juvenal Lamartine, 119 Centro Fone: (84) 3315-6900 / 3315-6901	Av. Getúlio Vargas, 2111 Vila Brasil Fone: (84) 9.8728-5555	Av. Senator José Cleto, 1264 Centro Fone: (84) 9.8725-0438	Av. Bella Parnamirim, 880 Vila Nova Fone: (84) 9.9624-2021	Av. Presidente Medice, 256 Igapo - Zona Norte Fone: (84) 9.9839-0260





SEMAP/RN - HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO CLÓVIS SARINHO



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 64378 /2018
Admissão: 09/12/2018 14:37:15

CIRURGIA GERAL - AMARELO

Paciente: **105099 - THIAGO DANTAS MONTEIRO** (33 a 8 m 18 d)
Nascimento: 22/03/1985 Natural: NATAL BRASIL

Sexo: M Cor: SEM
INFORMACAO

CNS:
Mãe: RITA MARIA DA SILVA CPF:
Logradouro: GERMINO BENIGNO, 322 Prof:
CEP: 59015380 Bairro: VALE DOURADO
Telefone: 84 987359445 Compl:
Cidade: NATAL

Motivo: CONSULTA DE URG/EMERGENCIA
Origem: AMBUL. SAMU NATAL

Tipo: REFERENCIADO
*Empresa:

Fluxograma:	Discriminador:								
OBS:	Classificação: 09/12/2018 14:31:40								
HORA	P.A.	HGT	SatO2	Fio2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA
Queixas: VITIMA DE QUEDA DE MOTO COM TRAUMA EM PE ESQUERDO
Hora: 14:40

Paciente trema sobre moto e caiu, no chão capota que saiu com o impacto, sentiu perda de consciência foi atendido no hospital municipal onde foi envolvido justas em pe esquerdo sendo regulado para HUC.

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 20/12/18
MAT. N° SAME

ASSINATURA

- A V.A.P SI cervicalgico
B M.V + SIMETRICO S/N/A
C RCP 2T BNF SI(SOB)PO
D EGG IS pupilar isocoricas
E Escorregedor em cotovelo, joelho e punho e pe operado.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Padome indolor, flacido

*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

*Gerado via SX por PAULO ROBERTO DA NOBREGA COSTA. Impresso em 09 de Dezembro de 2018.



ALGORITMO PI SUPORTE DE VIDA: 1- AVALE A RESPONSIVIDADE DA VITIMA; 2- PECA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL); 3- ABARCA VIA AEREA, 4- AVALE RESPIRACAO INER, OUVIR, SENTIR; 5- SE ARMINA APENAS 2 VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA VALVA, MASCARA) E AVALE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMORAL EN LACTENTE; 6- SE A DISPOZINEL: ANALISE 300 BPM PULSEIRA, E RETMICO IFACON, E RETMICO HCF, ABSENTE INICIE COMPRENSOES TORACICAS, 10MM INTRAPORTACAO INJETATE A CHEGADA DO DEIA, 8- DEIA DISPOZINEL: ANALISE O RETM, 9- RETMOC DHCABEL, ANALISE O CHOCO 300 BPM PULSEIRA, OU CASO A VITIMA SE MEIA, 13- COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO 16- RETMOC NAO DHCABEL, RETMOC RCP(30, 70, 11- AVALE O RETMOC, OU CASO A VITIMA SE MEIA, 13- COLOQUE A EM POSIÇÃO DE RECUPERAÇÃO

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Trama em p^o E, após acidente automobilístico.

EXAME FÍSICO

Levantado em 4º intubado.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

Fratura exposta 3º PDC.

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

Nº: Fratura de 5º PDC

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

- 1) Acefatura 23, EV, agita.
- 2) Limpeza e higiene
- 3) Atta higiénica c/ ATB 10 e curat. férula

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

CONFERE COM ORIGINAIS
20/12/18
NATAL
MAT

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW

Olhos se abrem espontaneamente.	4
Olhos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assim for marque 4, se não 3.)	3
Olhos se abrem por estímulo doloroso	2
Olhos não se abrem.	1
Melhor resposta verbal (MRV)	
Orientado (Responde corretamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, etc., o porquê, o que é etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas constantemente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Maliente (Pata quando, mas sem crises convulsivas.)	3
Sono intubado. (Demendo sem articular palavras.)	2
Ausente.	1
Melhor resposta motora (MMR)	
Obediente a ordens verbais. (Faz coisas simples quando lhe é ordenado.)	5
Locusse estímulo doloroso.	4
Reflexos inespecíficos à dor.	3
Padrão flexor à dor (Decerterização).	2
Padrão extensor à dor (Descerterização).	1
Sem respostas motora.	
Total	

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS

DISCRIMINADOR	PONTUAÇÃO
ESCALA DE COMA DE GLASGOW	15-18 = 4 9-12 = 3 8-8 = 2 4-5 = 1 3 = 0
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	10-20 = 4 >20 = 3 8-9 = 2 1-5 = 1 0 = 0
PRESSÃO ARTERIAL SISTOLICA	>90 = 4 76-90 = 3 56-70 = 2 1-40 = 1 0 = 0

CLASSIFICAÇÃO DO TCE (ATLS 2009)*

03 - 08 grave (necessidade de imediata intubação)

08-16 moderado:

16-18 leve

* Referência: TEASDALE G, JENNET, R. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84.

** A classificação do TCE é baseada na classificação da escala de coma Glasgow e na frequência respiratória. As pessoas com idade superior a 3 anos. Na Escala Glasgow, solicita-se ao doente que classifique a intensidade da dor de acordo com os seguintes níveis:

SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa	Mais Possível
0	1	2	3	4

*Escala de Trauma Revisada (RTS): Base indicada para extensão para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion H.R., Bacos M.L., Copes, et al: A revision of the Trauma score. J Trauma 29(5):634, 1990.



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02.



Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Manoel, 116 - Bessa, Natal, Rio Grande do Norte - CEP 59020-250
CNPJ 58.324.138/0001-81 | Ins. Est. 26055199-0 | www.cosern.com.br

DADOS DO CLIENTE:

GILDENE GOMES DA COSTA

CPF: 034 438 814-06 NIS: 19009739913

CLASSIFICAÇÃO:

B1 RESIDENCIAL
Sócia Remida Com Nis

DIRETÓRIO DA UNIDADE CONSUMIDORA:

RILA GERMIMO BENIGNO 322 LOT VALE DOURADO

NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/AREIA

NATAL, RN

59115-585

COTA CONTRATO

MÉSANO

0851872027

12/2018

DATA DE VENCIMENTO DATA PREVISTA P/ LEITURA

17/12/2018

09/01/2019

69,28

DETALHAMENTO DA FATURA FISCAL

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30.000,0000	0,30541078	8,16
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70.000,0000	0,36212277	34,84
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	44.000,0000	0,52819518	23,24
Acréscimo Bateria AMARELA			0,77
Contro. lum. Póloca Municipal			6,46
ICMS-Parcela Subvençionalizada			6,15
Multa por atraso-NF 014872798 - 09/11/18			1,30
Juros por atraso-NF 014872798 - 09/11/18			0,36
Ajuste na IOPM-NF 014872798 - 09/11/18			0,20

TOTAL DA FATURA

DETALHAMENTO DA FATURA FISCAL

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR LEITURA	DATA ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2116798078	CAT	06-11-2018	002,00	10-12-2018	007,20	31	100000

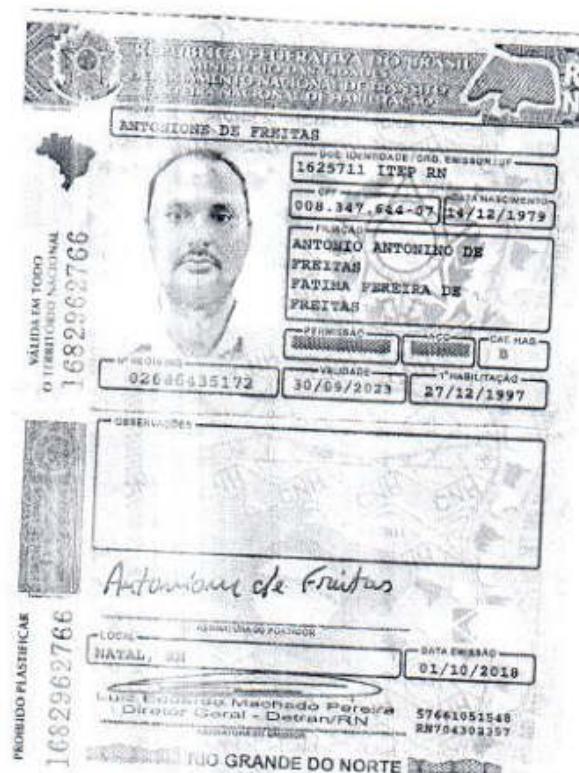
HISTÓRICO DE LEITURAS

Mês/Ano	ICMS	PIS	COFINS
DEZ/18	144		
NOV/18	147	54,31	18,00
OUT/18	121	54,31	0,86
SET/18	146	54,31	2,77
AGO/18	138		
SET/18	133		
NOV/18	72		
Mar/18	31		

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Carregador de Energia	R\$	30,9%
Transmissão	R\$	1,35
Direta Resíduo (Cosserv)	R\$	14,25
Perda de Transf.	R\$	3,17
Encargos Sistêmicos	R\$	3,14
Substâncias	R\$	11,88
Total	R\$	54,81

Consumo Ativo até 30 kWh
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03
<https://pjefg.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514320297000000051187269>
Número do documento: 2002051432029700000051187269

Num. 53084905 - Pág. 13



DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RN 11527 // 00453 N° 014242734316

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA:	CÓD. RENAVAM:	E.N.T.R.C.:	EXERCÍCIO:
1	00963226789	*****	2018

NOME

RONALDO BORGES COSTA

CPF/CNPJ:	PLACA:
069.619.924-63	MYW4343

PLACA ANT./UF:	CHASSI:
MYW4343/RN	9C2MC350088061863

ESPECIE TIPO:	COMBUSTIVEL:
---------------	--------------

PASSAGEIRO/MOTOCICLISTA/HAB. APLICÁVEL: GÁSOLINA

MARCA / MODELO:	ANO FAB.:	ANO MOD.:
HONDA/ CBX 250 TWISTER	2008	2008

CAP / POT / CIL:	CATEGORIA:	COR PREDOMINANTE:
0CV/249 CCILINDRADAS	PARTICULAR	VERMELHA

I	R\$ 0,00	VENC. COTA ÚNICA:	VENC. / COTAS:
P		22/10/2018	1º PAGO
V			2º PAGO
A	014103 3K	R\$ 31,97	3º PAGO

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
*** TAXAS DETRAN: PAGO *** DPVAT: PAGO

OBSERVAÇÕES:
MOTOR: NC35E-8061863

NATAL/RN DATA: 22/10/2018

Selos e Assinatura do Motorista
Coordenador de Registro de Veículos
RELEON - RN

SEGURO DE MONITORAMENTO DE DANOS PESSOAS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VÍA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RN N° 014242734316 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 22/10/2018

VIA: 069.619.924-63 PLACA: MYW4343

RENAVAM: 00963226789 MARCA / MODELO: HONDA/ CBX 250 TWISTER

ANO FAB.: 2008 ANO MOD.: 2008 CHASSI: 9C2MC350088061863

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNB (R\$) DEVIATRAN (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL PRÊMIO PELO SEGURO (R\$)

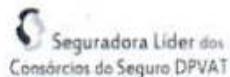
PAGAMENTO DATA DEQUITAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.888/0001-04

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092420/19

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF: 071.769.934-08

CPF de: Próprio

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: THIAGO DANTAS MONTEIRO

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

- Boletim de ocorrência
- Comprovação de ato declaratório
- Declaração de Inexistência de IML
- Declaração do Proprietário do Veículo
- Documentação médica-hospitalar
- Documentos de identificação
- DUT
- Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

- Comprovante de residência
- Declaração Circular SUSEP 445/12
- Documentos de identificação
- Procuração

THIAGO DANTAS MONTEIRO : 071.769.934-08

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

ANTONIONE DE FREITAS

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002051432029700000051187269>
Número do documento: 2002051432029700000051187269

Num. 53084905 - Pág. 15

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190205818 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
			Total	0 %



PROCURAÇÃO

Outorgante:

THIAGO DANTAS MONTEIRO, brasileiro (a), estado civil CASADO,
Nº 372, Bairro N 5 DA ALFENAFRA, profissão ALUNO, residente e domiciliado à Rua GERMEO PINHO,
RIO GRANDE NORTE, Município de NAIAZ, Estado de (o) RN, CEP 59.715-585, portador (a) do RG nº
002-375-241, SSP/ RN e CPF nº 021-769-934-08.

Outorgado:

ANTONIO DE FREITAS, brasileiro(a), estado civil
SOCIO, profissão NAO DECLARADA, residente e domiciliado à Rua
FAROL GUERRINHO SARAIVA, Nº 701, Bairro Pajucara, Município de
NAIAZ, Estado de (o) RIO GRANDE DO NORTE, CEP 59.022-250, portador (a) do
RG nº 026.864.351-2, SSP/ RN e CPF nº 008-397-649-04.

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu
bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do
Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr.
(a) THIAGO DANTAS MONTEIRO, ocorrido em 09/12/2018,

conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constitui meu bastante procurador e
outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a
SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que o outorgado de
entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha
titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do
referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar,
substabelecer esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito
cumprimento deste mandato da vítima.

Natal/RN, 27 de DEZEMBRO de 2018

THIAGO DANTAS MONTEIRO
Outorgante
CPF Nº 021-769-934-08

QBS: Reconhecer firma em cartório por autenticidade verdadeira,

NATAL CARTÓRIO ÚNICO JUDICIÁRIO DE RUA
Praga São Vicente de Paula, 10 - Joaquim - Natal/RN - CEP: 59.000-000
(84) 3214-2744/2745

RECONHEÇO por AUTENTICIDADE, a(s) firma(s) de: THIAGO DANTAS MONTEIRO (194278)

NATAL/RN, 27 de DEZEMBRO de 2018, 16:18.

Op: 15L220040
EMOL: R\$2,83
ISSQN: R\$0,14

Alberto Magnus H. de Moura - Escrivão autorizado

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0092420/19

Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

CPF: 071.769.934-08

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 09/12/2018

Titular do CPF: THIAGO DANTAS MONTEIRO

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANTONIONE DE FREITAS : 008.347.644-07

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

THIAGO DANTAS MONTEIRO : 071.769.934-08

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/03/2019
Nome: ANTONIONE DE FREITAS
CPF: 008.347.644-07

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/03/2019
Nome: FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS
CPF: 106.690.934-24

ANTONIONE DE FREITAS

FRANKLIN DO NASCIMENTO DIAS



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002051432029700000051187269>
Número do documento: 2002051432029700000051187269

Num. 53084905 - Pág. 18

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190205818 **Cidade:** Natal **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO **Data do acidente:** 09/12/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 25/03/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO 5º DEDO DO PÉ ESQUERDO E FERIMENTO EM 4º INTERDIGITAL DO PÉ ESQUERDO. ESCORIAÇÕES.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA. P4

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 20 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190205818 Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

Data do Acidente: 09/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), THIAGO DANTAS MONTEIRO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 14077843

Pag. 01957/01958 - carta_01 - INVALIDEZ



00010979



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002051432029700000051187269>
Número do documento: 2002051432029700000051187269

Num. 53084905 - Pág. 20



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Março de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190205818 Vítima: THIAGO DANTAS MONTEIRO

Data do Acidente: 09/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIONE DE FREITAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), THIAGO DANTAS MONTEIRO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00586/00586 - carta_04 - INVALIDEZ



Carta nº 14105806



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002051432029700000051187269>
Número do documento: 2002051432029700000051187269

Num. 53084905 - Pág. 21



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	071-769-934-08	THIAGO DANTAS MONTEIRO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Profissão: AUTONÔMO	Endereço: RUA GERMÍNO BENIGNO	Número: 322	Complemento: 164
Bairro: R.S. DA APRESENTAÇÃO	Cidade: NATAL	Estado: RN	CEP: 59.115-585
E-mail:	Tel. (DDD): (54) 9 8833-6586		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0539 CONTA: 00170955 3 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03
<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20020514320297000000051187269>
Número do documento: 20020514320297000000051187269

Num. 53084905 - Pág. 23



ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DA DEFESA SOCIAL
PÓLICIA MILITAR
COMANDO DE POLÍCIA RODOVIÁRIA ESTADUAL - CPRE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

BOAT 101067

1 - LOCAL E DATA

Local PONTE NEWTON NAVARRO Bairro REDINHA
Cidade/UF NATAL / RN P. Ref. SENTO DIA MEIO
Data 09/12/2018 Hora do acidente 10:45 Hora do registro 11:30 Dia da semana Domingo

2 - NATUREZA DA OCORRÊNCIA

- Colisão Frontal - Colisão Lateral - Capotamento
 - Colisão Posterior - Colisão Transversal - Choque - Atropelamento
 - Outro(s) _____

3 - VEÍCULO 01:

Placa ou Chassi PEC-8876 Cidade RECIFE UF PE
Marca/Mod. FORD / ECOSPORT FSL AT 15 Cor PRETA Ano 2018 / 2019
Proprietário LUIS PHELIPE DE ASSUNÇÃO VILLE N° de Ocupantes 03
Condutor O PROPRIETÁRIO Data de Nasc. 13/09/1988
Endereço RUA JOSE TRATANO AP-1003 N° 95 Fone (81) 9707-6365
Bairro BUA VÍRGEM Cidade RECIFE UF RN
CPF N° 359.326.648-27 CNH N° 04029004644 Validade 23/01/2022 Categoria B
Local de Trabalho ATLAS SCHINDLER Fone (81) 99346-9389
End. AV CONDE DA BOA VISTA N° 1536 Bairro BOA VISTA Cidade RECIFE - PE

4 - VEÍCULO 02:

Placa ou Chassi MYW-4343 Cidade NATAL UF RN
Marca/Mod. HONDA / CRX 250 TWISTER Cor VERMELHA Ano 2008 / 2008
Proprietário ROMUALDO BORGES COSTA N° de Ocupantes 01
Condutor THIAGO DANTAS MONTEIRO Data de Nasc. 22/03/1985
Endereço RUA GÉRMANIO BENICIMBO N° 322 Fone 98735-9445
Bairro VALE DOURADO Cidade NATAL UF RN
CPF N° 071.709.934-08 CNH N° 05973680321 Validade 07/03/2018 Categoria AB
Local de Trabalho DESEMPPREGADO Fone 99958-6003
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

5 - VEÍCULO 03:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

6 - VEÍCULO 04:

Placa ou Chassi _____ Cidade _____ UF _____
Marca/Mod. _____ Cor _____ Ano _____ / _____
Proprietário _____ N° de Ocupantes _____
Condutor _____ Data de Nasc. _____ / _____
Endereço _____ N° _____ Fone _____
Bairro _____ Cidade _____ UF _____
CPF N° _____ CNH N° _____ Validade _____ / _____ Categoria _____
Local de Trabalho _____ Fone _____
End. _____ N° _____ Bairro _____ Cidade _____

Autenticação N° do Boletim: 101067 N° da Ocorrência: 198302 Data Registro: 14/12/2018 Hora Registro: 08:27:11 Número/Controle: 9D6272921552793D

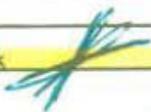


7 - VERSÕES DOS CONDUTORES

PONTE NEWTON NAVARRO

Sobre V1 - Em que Rua/ Av. Transitava? PONTE NEWTON NAVARRO
Em que sentido? REDINHA / PRAIA DO MEIO Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor ALEGA QUE TRAFEGAVA LENTAMENTE DEVIDO AO FLUXO DE VEÍCULOS QUANDO DE REPENTE FOI SURPREENDIDO POR UM IMPACTO NA SUA TRASEIRA CAUSADO POR V2.

Assinatura do Condutor do V1



PONTE NEWTON NAVARRO

Sobre V2 - Em que Rua/ Av. Transitava? PONTE NEWTON NAVARRO
Em que sentido? REDINHA / PRAIA DO MEIO Em que faixa? DIREITA
Versão do condutor ALEGA QUE TRAFEGAVA NORMALMENTE NA RETAGUARDA DE V1, QUANDO DE REPENTE VISUALIZOU V1 PARANDO REPENTINAMENTE NA VIA, NESTE MOMENTO V2 FREOU, MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO NA TRASEIRA DE V1.

Assinatura do Condutor do V2



Sobre V3 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____

Assinatura do Condutor do V3



Sobre V4 - Em que Rua/ Av. Transitava? _____
Em que sentido? _____ Em que faixa? _____
Versão do condutor _____



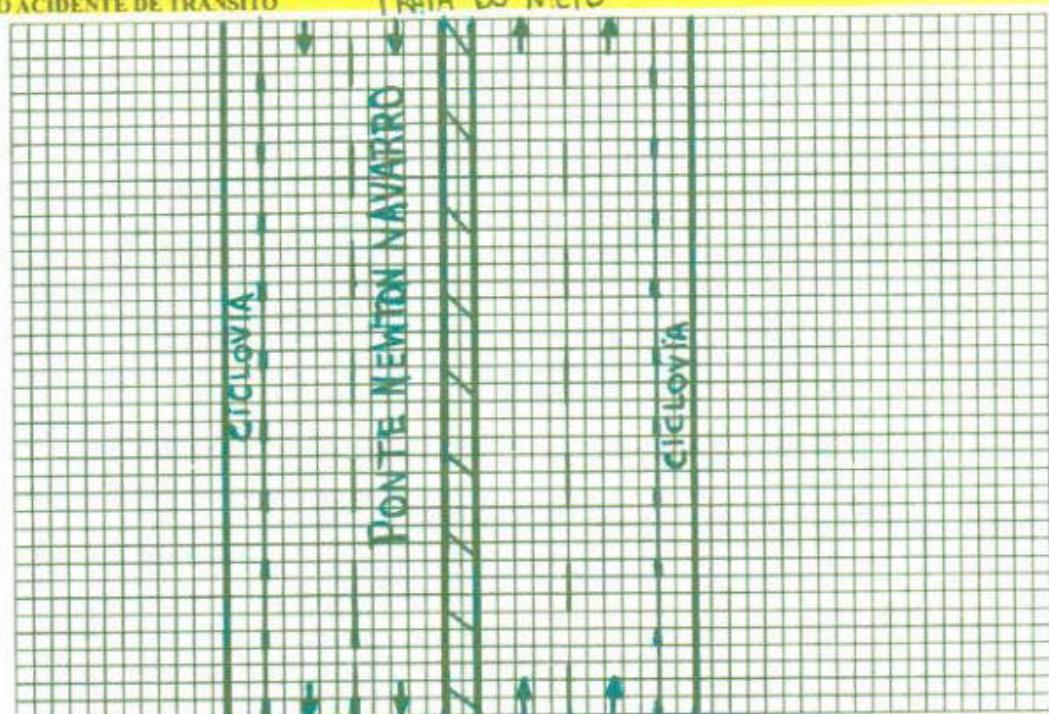
101067

8 - CONDIÇÕES DA VIA

Luminosidade	Cond./Tempo	Tipo da Pista	Caract./Pista	Cond./Pista	Sinalização
<input type="checkbox"/> Amanhecedor	<input checked="" type="checkbox"/> Bom	<input checked="" type="checkbox"/> Asfalto	<input checked="" type="checkbox"/> Reta	<input checked="" type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Inexistente
<input checked="" type="checkbox"/> Pleno Dia	<input type="checkbox"/> Nublado	<input type="checkbox"/> Paralelepípedo	<input type="checkbox"/> Curva	<input type="checkbox"/> Molhada	<input type="checkbox"/> Do Agente de Trânsito
<input type="checkbox"/> Anoitecedor	<input type="checkbox"/> Chuva	<input type="checkbox"/> Concreto	<input checked="" type="checkbox"/> Aclice Ingreme	<input type="checkbox"/> Inundada	<input type="checkbox"/> Do Semáforo
<input type="checkbox"/> Noite c/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Nebulosa	<input type="checkbox"/> Cascalho	<input type="checkbox"/> Aclice Suave	<input type="checkbox"/> Pocas D'água	<input type="checkbox"/> Faixa de Pedestre
<input type="checkbox"/> Noite s/ Iluminação	<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Terra	<input type="checkbox"/> Declive Ingreme	<input type="checkbox"/> Oleosa	<input checked="" type="checkbox"/> Linha DE CONTINUA
<input type="checkbox"/> Iluminação Deficiente		<input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Declive Suave	<input type="checkbox"/> Enxameada	<input type="checkbox"/> Placa(s)
			<input type="checkbox"/> Lombada	<input type="checkbox"/> Em Obras	<input type="checkbox"/> Lombada eletrônica
			<input type="checkbox"/> Cruzamento	<input type="checkbox"/> Com Buraco	<input type="checkbox"/> Vel. Máx. Perm. KM/H
			<input type="checkbox"/> Rotatória	<input type="checkbox"/> Com Areia	<input checked="" type="checkbox"/> CICLOVIA
			<input type="checkbox"/> Retorno		
			<input type="checkbox"/> Entroncamento		
			<input type="checkbox"/> Bifurcação		

9 - CROQUIS DO ACIDENTE DE TRÂNSITO

- ÁRVORE
- VESTÍGIOS
- SEMÁFORO
- PEDESTRE
- BICICLETA OU MOTO
- CARRO DE PEQUENO PORTO
- CAMINHÃO OU ÔNIBUS
- CARRETA



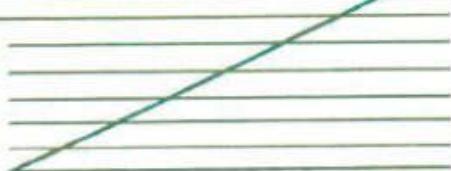
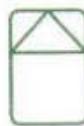
10 - AVARIAS VISUALIZADAS PELO AGENTE DE TRÂNSITO REDINHA

AVARIAS DO VEÍCULO 1

PARACHOCUE TRASEIRO



AVARIAS DO VEÍCULO 3



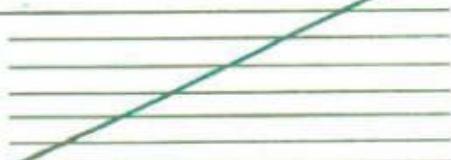
AVARIAS DO VEÍCULO 2

KETROVISOR ESQ E DIREITO (CARENAMENTO DO TANQUE LADO DIREITO 'GLICO')
TELESCÓPIO, PAINEL DE VELOCIMÉTRO, CANO DE SCAR (ARRANHADO)



KETALO

AVARIAS DO VEÍCULO 4



Autenticação N° do Boletim: 101067 N° da Ocorrência: 198302 Data Registro: 14/12/2018 Hora Registro: 08:27:11 Número/Controle: 906272921552793D



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002051432029700000051187269>

Número do documento: 2002051432029700000051187269

II - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha Falso Registro

Nome THIAGO DANTAS MUNTEIRO Órgão Expedidor ITEP/RN Data de Nascimento 22/03/1985
RG N° 2375241 N° 322 Fone 98735-9445
Endereço RUA GERMÍNIO BEN. GUIMARÃES Cidade NATAL UF RN
Bairro VALE DOURADO
Versão A MESMA DE V2

Assinatura _____ Hora _____

12 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha Falso Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
RG N° _____ N° _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

13 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha Falso Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
RG N° _____ N° _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

14 - Vítima: condutor de V1 V2 V3 V4 Pedestre
 Passageiro de V1 V2 V3 V4 Condutor para: _____

Presenciou: Testemunha Falso Registro

Nome _____ Órgão Expedidor _____ Data de Nascimento _____ / _____ / _____
RG N° _____ N° _____ Fone _____
Endereço _____ Cidade _____
Bairro _____ UF _____
Versão _____

Assinatura _____ Hora _____

15 - SOCORRISTA E VEÍCULO UTILIZADO

Placa _____ Cidade _____ UF _____ Marca/Modelo _____
Nome _____ RG N° _____ Órgão Exp. _____ N° _____
Endereço _____
Bairro _____ Cidade _____ Fone _____

SAMU

16 - IMAGENS / FOTOS SIM NÃO AUTUAÇÃO SIM NÃO ATEN-10856596 CÓD/DESD504-5/0

17 - OBSERVAÇÃO DO AGENTE DE TRÂNSITO

Foi ENTREGUE AO Sr. RONIVALDO BORGES COSTA DE CNH: 05737811265
* RONIVALDO BORGES COSTA, o CONDUTOR DE V2, FOI NOTIFICADO NO ARTIGO 162º V DO CTB.

AO CHEGAR NO LOCAL DA OCORRÊNCIA, OS VEÍCULOS HAVIAM SIDO RETIRADOS
DO LOCAL DE IMPACTO, POR ISTO OS mesmos NÃO FORAM DESENHADOS NO CRACHÁ.

Nome Completo do Agente HENRY EMANUEL ALVES DE MEDEIROS
POSTO/GRAD.: 3º SGT PM N° 2001.0475 Viatura AG 34 Subunid.: Esa - Iguia
Local e Data NATAL - 04 de DEZEMBRO de 2018

Assinatura do Agente de Trânsito

Autenticação N° do Boletim: 101067 N° da Ocorrência: 198302 Data Registro: 14/12/2018 Hora Registro: 08:27:11 Número/Controle: 9062728215527930





PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	071-769-934-08	THIAGO DANTAS MONTEIRO	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:	CPF:		
Profissão: AUTONÔMO	Endereço: RUA GERMÍNO BENIGNO	Número: 322	Complemento: 164
Bairro: R.S. DA APRESENTAÇÃO	Cidade: NATAL	Estado: RN	CEP: 59.115-585
E-mail:	Tel. (DDD): (54) 9 8833-6586		

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> REUSSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)
AGÊNCIA: 0539 CONTA: 00170955 3 (Informar o dígito se existir)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____ (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): Sim Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? Sim Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos: _____ Falecidos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

TESTEMUNHAS
1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário. A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

FPS.001 V001/2018





PREFEITURA DO NATAL
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 NATAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que **THIAGO DANTAS MONTEIRO**, foi removido por este serviço SAMU 192 Natal, no dia 09/12/2018, aproximadamente às 12h42min, do Hospital Municipal Newton Azevedo para o Hospital Walfredo Gurgel. **Sob nº de ocorrência 234719/1.**

Natal, 27 de dezembro de 2018.


CLAUDIO AUGUSTO CAMARA DE MACEDO

Coord. Geral do Serviço de Transporte Sanitário Municipal e SAMU 192 Natal
Matrícula 72.468-1



FICHA DE REGULAÇÃO - CENA

Nº: **234719/1**Data: **09/12/2018**

CHAMADO

TARM: CRISTIANE RAMOS DA SILVA**Médico Regulação:** CONSTANCE MARIA OTTONI DE OLIVEIRA**Rádio Operador:** ELLIO PEIXOTO DOS SANTOS**Médico Cena:** DAYANNA PATRÍCIA DE CARVALHO BARRETO**Equipe Enfermagem Cena:****Usuário Pós-Cena:****VTR:** USB 15 (UPA PAJUÇARA)**Equipe VTR:** MONSIEUR BRUNO FERREIRA DA SILVA - CONDUTOR DE VEÍCULO
DE EMERGÊNCIA
JOAO PAULO TORRES DE QUEIROZ - TECNICO DE ENFERMAGEM

REGULAÇÃO MEDICA

TROTE

INFORMAÇÃO

ENGANO

TRANSF./INTERNAÇÃO

Cidade: NATAL**Nome do Solicitante:** DR ARTUR**Telefone:** (84) 3216-1690**Nome do Paciente:****(I) TIAGO DANTAS MONTEIRO****Idade:** ***33 ANO(S)****Sexo:** ***MASCULINO** Endereço não informado**Referência/Complemento:****Motivo Transferência:** INTERNAÇÃO**Unidade de Origem Transferência:** HOSPITAL MUNICIPAL DOUTOR NEWTON AZEVEDO**Unidade de Destino Transferência:** HOSPITAL WALFREDO GURGEL**Observações TARM:** PCT ESTA NA ORTOPEDIA // VAGA REGULADA COM DR ANTONIO DA ORTOPEDIA //**Queixa Primária:** REMOÇÃO**Quem Solicitou:** Médico**Distância do paciente:****Local:****Histórico Regulação Médica:**09/12/2018 12:47:34 - **Dr(a). CONSTANCE MARIA OTTONI DE OLIVEIRA****APH:** TRAJMA / **HD:** FRATURA DE PÉ**REGULAÇÃO:** PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE 5º PODODACTILO E. PACIENTE REGULADO PARA O WALFREDO COM DR. ANTONIO NA ORTOPEDIA.**PA 120X80 FC 80 FR 20 SPO2 97% AA****AÇÃO COM INTERVENÇÃO:** USB**PRIORIDADE:** **Normal****CÓDIGO DE DESLOCAMENTO:** **CDR0002****POSSUI CONVÉNIO MÉDICO:** NÃO**Apoio:**

HORÁRIOS DO CHAMADO

Chamado:	Regulação Médica:	Solicitação VTR:	Saída VTR:	Chegada Local:
09/12/2018 12:47:31	09/12/2018 12:47:34	09/12/2018 13:59:34	09/12/2018 13:59:37	09/12/2018 13:59:40
Saída Local:	Chegada Destino:	Liberação Destino:	Liberação VTR:	
09/12/2018 14:16:05	09/12/2018 14:24:33	09/12/2018 14:55:28	09/12/2018 14:55:31	



Assinado eletronicamente por: FERNANDA CHRISTINA FLOR LINHARES - 05/02/2020 14:32:03

<https://pje1g.tjrn.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2002051432029700000051187269>

Número do documento: 2002051432029700000051187269

Num. 53084905 - Pág. 30



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02
PÔRTE FISCAL - AUTOMATIZADA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

cosern
neoenergia

DADOS DO CLIENTE:
GILDENE GOMES DA COSTA
CPF: 034.438.814-08 NIS: 19009739913
CLASSIFICAÇÃO:
B1 RESIDENCIAL
SÁPA RENDA COM NIS

DIRETÓRIO DA UNIDADE CONTRIBUIDORA:
RUA GERMÍNIO BENÔMIO 322 LOT VALE DOURADO
NOSSA SENHORA DA APRESENTAÇÃO/AREIA
NATAL/RN
59115-585

CONTA CONTRATO:
0851872027
DATA DE VENCIMENTO: 12/2018
DATA PREVISTA P/ PRIMEIRA LEITURA: 09/01/2019
TODAS AS LIGAÇÕES: 17/12/2018
VALOR DA FATURA: 69,28

DETALHAMENTO DA FATURA:

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
30.0000000	0,30541078	9,16
70.0000000	0,36212277	24,84
44.0000000	0,52819518	23,24
		0,77
		6,46
		8,15
		1,30
		0,36
		0,20

TOTAL DA FATURA: 69,28

DETALHAMENTO DA CONTA DE ENERGIA (LEIA A NOTA FISCAL):

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	DATA ANTERIOR	LEITURA	DATA ATUAL	LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (KWH)
2116798078	CAT	08-11-2018	803,00	10-12-2018	867,20	31	100000		144,20

PERÍODO DE REFERÊNCIA		PERÍODO DE REFERÊNCIA			COMPOSIÇÃO DO CONSUMO		
Mês/Ano	ICMS	Mês/Ano	%	Valor do Imposto	Carregão de Energia	R\$	30,95%
DEZ/18	144				Transmissão	R\$	21,72
NOV/18	147				Direta Residencial (Cosern)	R\$	14,25
OUT/18	121				Percada de Residência	R\$	3,17
SET/18	146				Encargos Sociais	R\$	3,14
AGO/18	138				Impostos	R\$	11,88
NOV/18	133				Total	R\$	54,81
MAR/18	31						68,81

Consumo: Até 30 KWh
Consumo: Até 100 KWh
Consumo: Acima de 100 KWh